Lane Medical Library

Aus der Frauenklinik der Kgl. Charité
zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Ueber den Heilungsverlauf Pfannenstiel'scher Querschnitte.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

von

Adolf Otto Dieckmann
Medizinalpraktikant aus Dresden.

Tag der Promotion: 31. März 1911.

Hermann Blanke's Buchdruckerei und Verlag
Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Ueber den Heilungsverlauf Pfannenstiel'scher Querschnitte.

Seit Pfannenstiel im Jahre 1900 seine Erfahrungen über den suprasymphysären Querschnitt mit der transversalen Fascienspaltung veröffentlichte, wurden auch an der Frauenklinik der Kgl. Charité zu Berlin zahlreiche Fälle nach der von Pfannenstiel angegebenen Methode operiert. Gleichzeitig wurde natürlich auch nach der alten Methode mit dem typischen Längsschnitt fortgefahren. Dabei schien der Pfannenstiel'sche Querschnitt, was einen glatten Wundverlauf anbetrifft, hinter dem alten Längsschnitt zurückzustehen. Ich habe deshalb aus den Krankengeschichten von 1905 bis 1910 je 80 Fälle von typischen Längs- und Querschnitten ausgewählt, die ihrer Indicationsstellung nach vermutlich aseptisch waren. Ich ging bei der Auswahl der Fälle von dem Gedanken aus, dass 2 Fälle, von denen der eine mittels Querschnitt, der andere durch Längsschnitt bei sonst aber gleichen Bedingungen, was Indication, Asepsis, Technik und Pflege anbetrifft, auch zu den gleichen Heilresultaten führen

müssten. Von vorneherein wählte ich für meine Statistik nur solche Fälle aus, die entweder schon vor der Operation als aseptisch diagnostiziert waren, oder bei denen während der Operation der bakteriologische Beweis für die Asepsis erbracht wurde, um die Bedingungen für einen glatten Heilungsverlauf möglichst günstig zu stellen.

Um aber bei meiner Statistik nicht einseitig zu verfahren, zog ich folgende Indicationen in Betrachtung:

1. Retroflexio uteri fixata sive mobilis
2. Graviditas estrauterina
3. Uterus myomatosus
4. Adnextumoren.

Unter No. 4 fallen als Indicationsstellung hauptsächlich: Pyosalpinx, Hydrosalpinx, Ovarialcystome und Dermoidcysten, die ich jedoch nicht einzeln aufgezählt habe. Alle 160 Fälle sind, was nach der Auswahl nicht verwunderlich ist, per primam intentionem zur Heilung gekommen. Um nun ein Kriterium für einen glatten oder etwas verzögerten Heilungsprozess zu haben, teilte ich die Fälle in 2 Gruppen ein, wobei in der ersten Gruppe alle Fälle aufgezählt sind, die völlig reaktionslos verliefen, während Gruppe II die Fälle enthält, bei denen sich eine leichte Rötung der Wundränder oder Stichkanäle, geringe Infiltrationen oder kleine Bauchdeckenabscesse zeigten.

Der erste Verbandwechsel wurde in den ersten

Jahren am 10., später am 7. Tage nach der Operation vorgenommen. Die meisten Patientinnen konnten zwischen dem 13. und 21. Tage als geheilt entlassen werden, falls sie nicht durch kleine Complicationen: Menstruation, Angina oder ähnliches einige Tage länger in der Klinik behalten wurden.

Tabelle I.

Indication	Längsschnitte		Querschnitte	
	I.	II.	I.	II.
Retroflexio uteri:	21	3	38	14
Extrauteringravidität:	23	4	7	2
Adnextumoren:	17	4	11	7
Myom:	5	3	—	1
Summa:	66	14	56	24
Fälle:	80	:	80	

Wie aus der vorstehenden Tabelle hervorgeht, hatten die mit dem Pfannenstiel'schen Querschnitt operierten Patientinnen einen weniger günstigen Verlauf, als die mit einem Längsschnitt operierten.

Wenn wir uns nun fragen, aus welchem Grunde die Querschnitte weniger gut heilen, als die Längsschnitte, so lassen sich dafür vielleicht folgende Gründe anführen.

Der durch seine kosmetischen Erfolge so sehr bestechende Querschnitt der Hautdecken liegt zum gröss-

ten Teil intra pubes. Wenn nun die vor der Operation rasierten Haare wieder zu wachsen beginnen, so bilden sich leicht — analog dem Vorgang beim Rasieren der Gesichtshaare — kleine Eiterpusteln, die im Innern ein Haar beherbergen. Diese Stellen können dann durch Kratzen leicht zu Eingangspforten für pathogene Keime werden.

Ein anderes Moment ist, dass der Querschnitt mehr kleine Blutgefässe zertrennt, als der Längsschnitt. Hierfür sprechen vor allem die häufig von mir gefundenen kleinen Hämatome, die z. T. auch zu stärkeren Infiltrationen führten.

Bei einem mit Querschnitt operierten Falle musste sogar — da 24 Stunden nach der Operation der ganze Verband blutig durchtränkt war — die Wunde von neuem geöffnet und ein kleines Hautgefäss mit einer Ligatur versehen werden, um die Blutung zu stillen.

Der Heilungsverlauf wurde bei 38 Fällen durch kleine Bauchdeckenabscesse, Hämatome oder leichte Infiltrationen um einige Tage verzögert. Die Verteilung auf Längsschnitte zeigt sich aus der Tabelle 2.

Tabelle 2.

	Längsschnitt	Querschnitt
Abscesse	5	9
Hämatome	—	2
Infiltrationen	9	13
Verhältnis:	14 :	24

Auch hierbei fällt nämlich das Ueberwiegen der Abscesse bei den Querschnitten auf, während sich leichte Infiltrationen auch relativ häufig bei Längsschnitten finden.

Ein wesentliches Moment für den Heilungsverlauf bildet wohl auch vor allem der Querschnitt der Fascie. Hierbei wird die Fascie weit nach oben und unten abpraepariert und bekommt so schlechtere Ernährungsverhältnisse, als wenn sie mit den Muskeln längs gespalten wird. Tritt nun — vor allem bei nicht aseptischen Operationen — eine Fasciennekrose ein, so leidet selbstverständlich darunter auch die Heilung der Bauchwunde, die sich dann auch der komplizierteren Wundverhältnisse wegen länger hinziehen wird, als bei einfachen Längsschnitten.

Aus meinen beiden Tabellen komme ich zu der Schlussfolgerung, dass der Pfannenstiel'sche Querschnitt, selbst bei vollkommen aseptischen Fällen relativ längere Zeit zur Heilung gebraucht, als der Längsschnitt. Das dürfte aber wohl kaum ein Grund sein,

aus dieser Erwägung nun mehr Längsschnitte zu machen, als in den letzten Jahren.

Wenn auch die mit Querschnitt operierten Patientinnen einige Tage länger das Bett hüten müssen, so dürfte sie schon allein die kosmetische Schönheit der Narbe über diesen Zeitverlust trösten. Viel wichtiger sind natürlich die Gesichtspunkte, von denen sich der Operateur leiten lassen muss. Und da weiss der Querschnitt seinen Platz wohl zu behaupten.

Das Operationsfeld ist einfach und übersichtlich, die Möglichkeit extraperitoneal zu operieren besser, als beim Längsschnitt, und die bei diesem häufig beobachteten und gefürchteten Narbenhernien fast ganz ausgeschlossen.

Aus allen diesen Gründen glaube ich den Pfannenstiel'schen Querschnitt selbst bei längerem Heilungsverlauf dem Längsschnitt vorziehen zu müssen.

Auch für die Frage des Frühaufstehens nach Operationen ist die Schnittführung nach Pfannenstiel wegen der günstigen Lage der Fasciennarbe und ihrer Herniensicherheit von ausschlaggebender Bedeutung. Dazu kommt nach Ansicht von Rosenthal, Paunz und anderen Autoren als ein ganz bedeutender Vorteil die geschützte Lage der Därme während der Operation bei Beckenhochlagerung. Nach Pfannenstiel ist die beste Methode für die Laparatomie der suprasymphysäre Fascienquerschnitt, der für 90%

aller gynäkologischen Leibschnitte brauchbar ist. Er ergibt sowohl bezüglich der Mortalität als auch hinsichtlich der Heilung der Bauchdecken die besten Resultate.

Dieser Ansicht Pfannenstiels haben sich jetzt bei vermutlich aseptischen Operationen wohl die meisten Gynäkologen angeschlossen. Dagegen sind die Meinungen über die Vorteile und Nachteile des supra-symphysären Fascienquerschnittes noch sehr verschieden, sobald es sich um vermutlich nicht abseptische Operationen handelt. Das trat besonders in der Sitzung der freien Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen am 24. April 1910 in Magdeburg zu Tage. Hier hatte Weinbrenner einen Vortrag gehalten über: „Die operative Behandlung chronischer Adnexentzündungen."

Als bestes differential-diagnostisches Hülfsmittel empfiehlt er die Probepunktion der Adnextumoren. Nachdem so festgestellt ist, ob es sich um gonorrhoische, septische oder tuberkulöse Eiterung handelt, resp. ob der Eiter infektiös oder aseptisch ist, entscheidet er sich für die Wahl der Schnittführung. Bei der Gefahr der Vereiterung der Bauchwunde hält er den Pfannenstiel'schen Querschnitt weniger empfehlenswert, als die Eröffnung des Abdomens in der Linea alba. Diese Ansicht vertreten auch Veit und Henkel, während v. Alvensleben und Wen-

d e l in chronisch-eitrigen Adnexentzündungen keine Kontraindication für die Anwendung des suprasymphysären Fascienquerschnittes sehen. Der Pfannenstielsche Querschnitt wird heute noch vielfach zu ungünstig beurteilt. Es kommt weniger auf die Schnittrichtung, als auf eine gute Drainage an.

Beim Durcharbeiten der neueren Literatur fand ich eine Arbeit aus der Tübinger Universitätsfrauenklinik, deren Verfasser, Dr. R u d o l f K l o t z, auf Grund seines Materials ganz energisch für den suprasymphysären Fascienquerschnitt auch bei nicht aseptischen Operationen eintritt. Auch er rühmt vor allem die kosmetische Schönheit, den vollkommeneren Schutz der Därme und schliesslich die relativ hohe Herniensicherheit des Pfannenstiel'schen Querschnitts.

Ich lasse nun aus der Klotz'schen Arbeit 2 Tabellen folgen, die mit ihren relativ günstigen Zahlen für den suprasymphysären Fascienquerschnitt sprechen.

Tabelle 3.

Suprasymphysärer Querschnitt bei vermutlich aseptischen Operationen.

	Gesamtzahl	p. prim. intent. geheilt ohne Secretion	p. prim. intent. geheilt trotz geringer Secretion	Bauchdeckeneiterung
1. Totalexstirpation bei Myoma uteri	144	118	26	10
2. Totalexstirpation des metritischen Uterus	13	12	1	0
3. Adnexoperationen (bei entzündlichen Adnexerkrankungen)	24	20	4	1
4. Ovariotomie	105	94	11	8
5. Salpingo-Oophorektomie (bei Extrauteringravidität)	57	50	7	4
6. Tubensterilisation, Ventrofixation, Probelaparatomie	19	17	2	0
7. Extraperitoneale Uterusschnitte				
a) Placenta praevia	11	10	1	0
b) Enges Becken	14	12	2	2
c) Eklampsie, Dekubitalgeschwüre bei Prolaps, Furunkulosis vulvae	4	3	1	1
	391	336	55	26

Trotz des relativ günstigen Ergebnisses dieser Tabelle hat Klotz die 26 Fälle, bei denen eine schwere

Bauchdeckeneiterung und erst eine Heilung per secundam intentionem eintrat, m. E. zu wenig berücksichtigt, da es immerhin etwas über 6 % aller Fälle sind.

Noch deutlicher tritt dieses Verhältnis zu Ungunsten des Pfannenstiel'schen Querschnitts bei der Tabelle 4 zu Tage, die über nicht aseptische Fälle zusammengestellt ist. Wie es nicht anders zu erwarten war, bekommt man bei dieser Tabelle über 15 % von Bauchdeckeneiterungen, ein Resultat, das uns verhindert, dieselben Schlussfolgerungen zu ziehen, wie Klotz:

„Der suprasymphysäre Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel ist für vermutlich nicht aseptische Operationen geeignet, weil er bei diesen mindestens nicht schlechtere Ergebnisse liefert, als der Längsschnitt sie erwarten lässt."

Tabelle 4.

Suprasymphysärer Querschnitt bei vermutlich nicht aseptischen Operationen.

	Gesamtzahl	P. pr. intention geheilt ohne Secretion	P. pr. intention geheilt trotz geringer Secretion	Bauchdeckeneiterung
1. Carcinom, Chorionepitheliom, Sarcom des Uterus	79	54	25	15
2. Myom mit Fieber	4	4	0	0
3. Geplatzter Pyosalpinx	12	5	7	3
4. Geplatzte tbc. Adnextumoren	10	8	2	0
5. Darmresektion	8	3	5	2
6. Beweglicher Abscess im Lig. latum. Bei der intraperitonealen Exstirpation Eiteraustritt	1	0	1	1
7. Extraperitonealer Uterusschnitt bei inficierten Kreissenden	1	0	1	0
	115	74	41	21

Zusammenfassung.

1. Der Pfannenstiel'sche Querschnitt ist bei sicher aseptischen Fällen unter vorsichtiger Auswahl als Concurrenzoperation des Längsschnittes geeignet.

2. Der Pfannenstiel'sche Querschnitt ist bei vermutlich nicht aseptischen Operationen wegen der häufigen Bauchdeckeneiterungen und der complizierten Wundverhältnisse im Vergleich zum Längsschnitt zu verwerfen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Rat Professor Dr. Bumm für die gütige Ueberweisung des Themas meiner Arbeit und die liebenswürdige Uebernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Abel, Ueber Bauchnaht und Bauchnarbenbruch. Archiv f. Gynäkologie Bd, 56, S. 722.
2. Brewitt, Zur Frage d. Wundschutzes beim extraperitonealen Kaiserschnitt nebst einigen technischen Bemerkungen zu dieser Operation. Münch. Med. Wochenschrift. No. 43, 1909, S. 2218.
3. Döderlein, Abdominelle und vaginale Exstirpation des Karzinomatösen Uterus. Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. 11, S. 184.
4. Henkel, Die Retroflexio uteri in der allgemeinen Praxis. Münch. Med. Wochenschrift 1909, No. 4, S. 161.
5. Klotz, Ist der suprasymphysäre Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel für vermutlich nicht aseptische Operationen geeignet? Zentralblatt für Gyn. No. 21, S. 693.
6. Paunz, Ueber den suprasymphysären Fascienquerschnitt und die Nabelbruchoperation nach Pfannenstiel-Menge. Orvosi Hetilap. Gynaekologia 1909.
7. Pfannenstiel, Ueber die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnitts. Sammlung klin. Vorträge. No. 258, 1900, S. 1751.
8. Pfannenstiel, Ueber abdominale und vaginale Köliotomie. Sammlung klin. Vorträge No. 178, 1908, S. 309.
9. Pfannenstiel, Ueber abdominale und vaginale Köliotomien. Eine vergleichende Studie über den Wert und die Leistungsfähigkeit beider Operationen nebst Bemerkungen zur Indicationstellung und Technik. Sammlung klin. Vorträge No. 488.
10. Rosenthal, Beitrag zur Anwendung d. Fascienquerschnitts bei Köliotomien. Medycyna 1908, No. 45.
11. Schmieden, Der chirurgische Operationskursus. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende 1910.
12. Velde, Th. van de, Ueber den Stufenquerschnitt. Münch. Med. Wochenschrift 1910, No. 42, S. 2209.
13. Vogel, Ueber die Nachbehandlung von 100 verschiedenen und auswahllosen Laparatomien mit Frühaufstehen ohne Todesfall mit besonderer Berücksichtigung von Technik und Asepsis. Sammlung klin. Vorträge 1909, No. 523.
14. Weinbrenner, Ueber die operative Behandlung chronischer Adnexentzündungen. Zentralblatt f. Gynäkol. No. 27.

Lebenslauf.

Ich, Adolf Dieckmann, evangelischer Konfession, wurde geboren am 15. Januar 1883 zu Dresden als Sohn des Verlagsbuchhändlers Adolf Dieckmann und seiner Ehefrau Marie geb. Haun.

In Berlin besuchte ich das Königl. Friedrich-Wilhelms-Gymnasium und das Königl. Joachimthalsche Gymnasium und bestand im September 1904 die Reifeprüfung auf dem Königl. Gymnasium zu Leer. Meine Studienzeit brachte ich in Berlin und München zu. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich in Berlin im Jahre 1907, die ärztliche Prüfung im März 1910. Während meines praktischen Jahres war ich im städt. Krankenhause Moabit unter Leitung von Professor Klemperer und in der Königl. Universitätsklinik bei Herrn Geh. Rat Senator tätig.

Während meiner Studienjahre hörte ich die Vorlesungen der Herren: Adam, Alzheimer, v. Angerer, v. Baeyer, Baisch, v. Bardeleben, v. Bauer, Bier, v. Bollinger †, v. Brentano, Brieger, Bumm, Döderlein, Drude, Dürck, Engelmann †, Engler, Ficker, Fischer, Flügge, Gabriel, Hahn, Haug †, Heffter, O. Hertwig, Herzog, Heubner, Hildebrand, His, Holtermann, Kaiserling, Klausner, Kopsch, Kraepelin, Kraus, W. Krause †, Kroemer, Lesser, Lewin, May, M. Michaelis, v. Michel, Moeli, Mollier, Fr. v. Müller, Nagel, H. Neumayer, L. Neumayer, v. Olshausen, Orth, Passow, Poll, Posselt, Rawitz, v. Röntgen, Rothmann, Rubner, Rückert, Salzer, Seitz, Senator, Schmieden, Sonnenburg, Strassmann, H. Virchow, v. Voit †, Waldeyer, Ziehen.

Allen diesen, meinen hochverehrten Lehrern spreche ich auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank aus.